LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Otologie : Syphilis tertiaire de l'oreille : gomme du conduit auditif externe, par le Dr Georges Didsbury, p. 769. — **Bibliographie** : Traité de médecine et de thérapeutique, p. 770. — **Académie de médecine** : *Séance du 21 novembre* 1898. — Présidence de M. Jaccoud. — Brancard. — L'eau oxygénée comme antiseptique, p. 771. — Monument Charcot. — Rapport, p. 772. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 2 novembre* 1898. — Présidence de M. Sevestre. — Fièvre bilieuse hémoglobinurique, p. 772. — Infiltration cancéreuse du canal thoracique. — Maladie de Barlow et rachitisme. — Amputations congénitales, p. 773. — **Société médicale du VIe arrondissement** : *Séance du 31 octobre* 1898. — Présidence de M. Valude, p. 773. — **Société de chirurgie** : *Séance du 7 décembre* 1898. — Présidence de M. Berger ; Abcès cérébelleux, p. 774. — Péritonite tuberculeuse ; p. 774. — Calculs prostatiques, p. 775. — Luxation du pouce droit en arrière, p. 775. — Suture des deux rotules, dans la même séance, il y a trois ans, p. 775. — **Congrès de chirurgie** : 12e *Session tenue à Paris, du 17 au 22 octobre* 1898 (*Suite*). — Lésions des nerfs du membre supérieur dans les fractures de l'humérus, p. 775 — Traitement des hernies gangrenées p. 775. — Craniectomie temporaire, p. 776. — La résection du sympathique cervical dans le traitement de l'épilepsie, du goitre exophtalmique et du glaucome, p. 776. — Volumineuse hernie épigastrique chez un homme obèse. Cure radicale. Guérison, p. 777. — Hystérectomie et néphrectomie, p. 777. — **Variétés** : Le monument Charcot, p. 778. — Le banquet de la Société médicale des bureaux de bienfaisance, p. 781. — **Nouvelles** : p. 783.

OTOLOGIE

Syphilis tertiaire de l'oreille : gomme du conduit auditif externe.

par le Dr Georges Didsbury (1).

Ayant eu l'occasion d'observer un cas de syphilis tertiaire de l'oreille externe, il nous a paru intéressant de rechercher ce qui avait pu paraître sur le sujet. Nous avons été surpris de l'assez grande rareté des observations publiées à ce propos et à tel point que nous n'avons trouvé qu'un petit nombre d'observations comparables à la nôtre. C'est à cause de cette rareté même qu'il nous a semblé utile de faire quelques réflexions sur ce sujet.

Les auteurs que nous pouvons signaler sont Linthicum (2), Milton (3), Rupp (4), Mendel (5), Royeb (6).

Il s'agit dans notre cas d'une femme de 44 ans, observée à Saint-Louis, salle Henri IV, dans le service du Dr Fournier. M. Conv... est syphilitique depuis 1882. Le traitement fut médiocrement suivi et depuis 3 à 4 ans complètement négligé.

Ce qui détermina l'admission à l'hôpital, ce fut une céphalée syphilitique intense avec mauvais état général chez une femme tombée depuis quelque temps dans une grande misère.

L'oreille gauche était seule atteinte : depuis six mois elle était le siège d'un écoulement jaunâtre assez abondant, mais sans être accompagné d'une douleur nettement locale. Les douleurs de la céphalée syphilitique étaient seules à noter. L'oreille était le siège d'un peu de démangeaison et les parties molles entourant le méat étaient très gonflées, mais cependant sans l'obstruer complètement ; il faut remarquer que l'ouïe était bonne et qu'elle ne fut nullement influencée par la maladie. Le gonflement était tel qu'on avait une grande peine à faire pénétrer le plus petit spéculum dans le conduit.

Le 28 juillet 1888, l'état de l'oreille était le suivant : gonflement du conduit, écoulement séro-gommeux, oblitération presque complète du méat, conduit plein de matière crémeuse et de dépôts épithéliaux. Malgré l'exploration difficile, le tympan paraissait sain et après nettoyage du conduit l'ouïe était bonne comme nous l'avons dit. Il y avait à signaler l'indolence presque complète de l'oreille tant au point de vue des douleurs spontanées que des douleurs provoquées par la pression du spéculum. Il n'y avait de même aucun ganglion du voisinage d'atteint ni de saillant. Deux à trois fissures peu profondes se remarquaient à la portion inférieure du méat, imputables vraisemblablement à l'irritation causée par l'écoulement. Le traitement consista en traitement général (pilules de Dupuytren et iodure de potassium et en traitement local qui fut simplement des lavages d'eau boriquée chaude suivis de l'introduction de mèches de gaze iodoformée dans le conduit et de la cautérisation des fissures au nitrate d'argent. La guérison s'obtint vite ; le 10 août suivant, en moins de quinze jours, par conséquent, le gonflement était presque totalement disparu, le suintement n'existait plus et les fissures étaient guéries, le tympan était intact, et l'ouïe excellente.

Un des cas analogues que nous ayons trouvés est dû au Dr H. Mendel (déjà cité) et est publié dans les *Annales des maladies de l'oreille* (1893).

Dans ce cas, il s'agit d'une femme de 34 ans, atteinte depuis deux ans d'une syphilis maligne précoce qui, en janvier 1893, eut aux deux pavillons des syphilides tuberculo-squameuses suintantes presque confluentes, infiltrées, qui ne tardèrent pas à se couvrir de croûtes épaisses et larges. La malade ressent au niveau de ses deux pavillons d'assez violentes cuissons. Quand quinze jours après les

(1) Communication faite à la Société médicale du Louvre.
(2) Syphilis du canal auditif (*New-York Med. Journal*, 19 août 1893.
(3) *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, 1894
(4) Syphilis de l'oreille externe (*Journal of cutaneous diseases*), t. 1891.
(5) Otite syphilitique. *Annales des maladies de l'oreille*, 1893.
(6) Otite chez un syphilitique (*Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, 1895, p. 931).

syphilides du pavillon s'effacèrent, la malade se plaignit de violentes douleurs dans les deux oreilles avec plus d'intensité à gauche ; ces douleurs s'accompagnèrent d'un écoulement moyennement abondant, épais, jaune verdâtre, tachant fortement le linge, L'audition n'était pas diminuée.

Sauf l'élément douleur qui était notable, cette observation est en tout point comparable à la nôtre.

Parmi les travaux parus sur la syphilis de l'oreille externe dans ces dix dernières années, nous pouvons mentionner deux des plus importants qui ne relatent aucun fait concernant les accidents tertiaires. Si nous y insistons, c'est pour éclairer le diagnostic d'ailleurs facile de ces lésions.

L'une de ces études est intitulée : De la syphilis de l'oreille externe, par Alfred Bruck, et est publiée dans *Berliner Klin Woch* (février 1896). Dans ce travail il est rapporté qu'en 10 ans et sur près de 20.000 cas d'affections auriculaires un auteur, M. Baginsky n'a vu que 4 cas de plaques muqueuses du conduit auditif, parmi lesquels il donne un cas détaillé que nous résumons comme il suit. Homme de 27 ans, ayant contracté la syphilis en 1894. En janvier 1895, les deux conduits auditifs sont remplis d'excroissances verruqueuses, d'un gris rougeâtre, en partie ulcérées, revêtues d'un enduit lardacé, et laissant suinter une sécrétion séreuse fétide. Les excroissances empêchent de voir le tympan dont l'intégrité est reconnue à l'aide de la douche d'air. Sur le pavillon gauche, au niveau de l'insertion de l'anthélix, il existe une tumeur mûriforme grosse comme une petite noisette, d'un gris jaunâtre avec enduit par places. On pouvait constater une tuméfaction indolente des ganglions cervicaux et sous maxillaires des deux côtés, et la coexistence de plaques muqueuses du voile du palais et des amygdales.

Dans la deuxième publication faite à la Société belge de laryngologie et d'otologie en 1897 par M. Hennebert, cet auteur fait les réflexions suivantes :

1° Les affections syphilitiques de l'oreille sont rares, mais cependant moins qu'on ne pourrait le supposer, pour ces deux raisons : ou bien dans un grand nombre de cas la syphilis n'est pas diagnostiquée, ou bien beaucoup de lésions de l'oreille externe échappent à l'auriste comme étant des lésions cutanées.

2° Un grand nombre d'affections syphilitiques de l'oreille ont leur étiologie inconnue pour la raison de la limitation de notre méthode actuelle et l'absence de signes cliniques typiques qui permettent d'arriver au diagnostic. Cette réflexion vise les cas d'otite moyenne et de labyrinthide syphilitique avec troubles de l'ouïe, vertiges, et bourdonnements que nous avons volontairement laissé de côté dans cette étude. M. Hennebert rappelle que les chancres du pavillon sont extrêmement rares, qu'actuellement on n'en connaît que 4 cas et que le condylome du méat semble être la plus fréquente manifestation secondaire de l'oreille externe. L'auteur ne cite pas de gommes.

L'on voit donc le petit nombre de manifestations syphilitiques du côté de l'oreille externe et dans les deux cas de gommes que nous venons de relater, il s'agissait dans le premier d'une syphilis aggravée par la misère, la dénutrition, etc., et dans le second d'une syphilis maligne précoce.

Il semblerait donc qu'il faudrait des conditions bien particulières pour provoquer des lésions syphilitiques de l'oreille externe ; il semblerait aussi que l'oreille externe soit assez rarement éprouvée par les affections chroniques graves, tuberculose et cancer, et ce qui tend à rendre le diagnostic facile pour la syphilis tertiaire, malgré sa rareté, c'est qu'aucune autre affection chronique ne lui ressemble. Dans les observations d'épithélioma du pavillon, on note des nodules ulcérés qui se recouvrent de fongosités bourgeonnantes sanieuses. L'examen histologique confirme d'ailleurs facilement le diagnostic.

Dans une observation due à Bernstein Edward, publiée en juin 1896 dans *Charlotte Medical journal* (1) et intitulée : « Tuberculose primaire en relation avec l'oreille moyenne », nous voyons (à propos de l'oreille externe) que : le méat est large et ouvert, ce résultat étant dû à la résorption du tissu-cellulaire sous-cutané et que la peau qui le recouvre est pâle, dure et sèche. Nous citons ce cas pour bien montrer à quel point l'aspect du méat dans ce cas est différent de l'infiltration gommeuse.

Le diagnostic est donc facile et la guérison s'obtient facilement et rapidement en combinant le traitement général avec un traitement local approprié.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de médecine et de thérapeutique. Tome V. (J.-B. Baillière et fils, édit. Paris 1898).

Le tome V du traité de médecine et de thérapeutique, publié sous la direction de MM. Brouardel et Gilbert, est consacré à l'étude des affections des glandes annexes du tube digestif et des voies génito-urinaires.

En tête du volume nous trouvons quelques pages, trop courtes à notre avis, dues à la plume de E. Dupré et consacrées à des considérations générales sur les infections glandulaires et aux parotidites.

Les maladies du pancréas ont été exposées par MM. Richardière et P. Carnot. Cet organe a une importance considérable et cependant sa pathologie est fort peu avancée, ce qui tient en grande partie aux difficultés de son exploration ; MM. Richardière et P. Carnot n'en ont que plus de mérite à nous avoir donné, d'une façon aussi exacte et complète que possible, l'état actuel de nos connaissances sur les pancréatites aiguës, les pancréatites chroniques et les néoplasmes du pancréas.

(1) Indication bibliographique puisée dans le *Journal of Laryngology, Otoly and Rhinology*, 1897, London.

Les maladies du foie ont été confiées à des auteurs qui, par leurs travaux antérieurs, avaient déjà une connaissance approfondie de la pathologie de cet organe. M. Gilbert était tout particulièrement désigné pour cette étude. Il s'est adjoint comme collaborateur M. L. Fournier pour la sémiologie, les maladies des voies biliaires et les maladies des vaisseaux du foie ; l'hépatoptose et les maladies du foie proprement dites ont été décrites par MM. Gilbert et H. Surmont ; les maladies du péritoine périhépatique par MM. Gilbert et Garnier.

Nous n'apprendrons rien à personne en disant que les maladies de la rate, dont l'étude a été confié à notre ami E. Launois, sont décrites avec la clarté, l'élégance et l'érudition habituelles de cet auteur.

Les maîtres les mieux doués, et M. Chauffard est de ceux-là, sont parfois au-dessous d'eux-mêmes et de leur réputation. C'est la réflexion que nous nous étions faite il y a quelques années en lisant, dans un autre ouvrage, les maladies du foie du même auteur. C'était très savant, beaucoup trop savant même, et les considérations générales, la vue d'ensemble, eussent été beaucoup mieux à leur place dans un cours magistral, dans quelque chaire de la Faculté où nous ne désespérons pas de voir bientôt M. Chauffard ; mais dans un ouvrage qui est destiné aux étudiants et aux médecins, il faut autre chose, car c'est par les livres et à l'hôpital que se fait l'enseignement pratique ; ce n'est pas en suivant les cours des professeurs que l'on deviendrait médecin, même en restant élève toute sa vie ! Donc, au point de vue pratique, nous préférons de beaucoup les maladies des reins telles que vient de les décrire M. Chauffard, ce qui ne leur enlève rien de leur valeur scientifique.

Au Dr Janselme est échue la tâche difficile de présenter la sémiologie de l'urine, il s'en est heureusement acquitté.

Les maladies de la vessie et des organes génitaux de l'homme ne peuvent recevoir de longs développements dans un traité de médecine ; le Dr L. Guinon a su néanmoins nous intéresser dans les quelques pages qu'il leur consacre.

L'ouvrage se termine par l'étude des maladies des organes génitaux de la femme. Le Dr A. Siredey, auquel elles ont été confiées, s'est souvenu que noblesse oblige et a voulu nous montrer qu'il est resté le digne héritier du nom qu'il porte. Il était en effet difficile, pour ne pas dire impossible, de présenter, d'une façon aussi parfaite et en aussi peu de pages, dans un traité de cette nature, ce côté spécial de la pathologie de la femme. De plus, le Dr Siredey n'a pas oublié le titre du traité de MM. Brouardel et Gilbert. C'est un traité de médecine et de thérapeutique, c'est-à-dire que le traitement doit conserver une place importante dans l'étude de chaque maladie ; et plus d'un auteur paraît ne pas s'en être suffisamment préoccupé. Par contre le Dr Siredey, par les développements dans lesquels il est entré, a su nous montrer que nombre de maladies de la femme sont restées du domaine du médecin, et que le médecin peut et doit les soigner lui-même sans être pour cela chirurgien ou gynécologue.

En résumé, le nouveau volume du traité de médecine et de thérapeutique de MM. Brouardel et Gilbert nous paraît absolument digne de ses devanciers, s'il ne leur est même supérieur.

Dr Eug. DESCHAMPS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 décembre 1898. — *Présidence de* M. JACCOUD.

LA CORRESPONDANCE comprend une lettre de M. le Dr Moncorvo (de Rio-Janeiro), correspondant étranger, qui demande à échanger son titre contre celui d'associé étranger.

Brancard. — M. CHAVERNAC (d'Aix). Ce brancard entièrement rigide est divisé en deux parties égales et symétriques. Il simplifie la manière d'aborder un blessé. *Il supprime la manœuvre de relèvement* et n'exige que deux brancardiers.

Il peut être lavé, désinfecté et flambé avec la plus grande facilité. On peut avec lui placer aisément un malade dans une voiture, dans un wagon ou sur une table d'opérations et l'y reprendre ensuite sans le relever.

Il supprime le transport des blessés à bras ou à dos d'homme fatigant et décourageant pour les porteurs, pénible pour le blessé, et surtout dangereux pour certaines lésions.

L'eau oxygénée comme antiseptique. — M. CHAMPIONNIÈRE a depuis une année été amené à faire des applications nombreuses de l'eau oxygénée comme antiseptique. Il estime qu'on n'a pas utilisé cette substance comme elle le mérite.

Il a trouvé là le seul antiseptique qui, d'une façon régulière, arrête les phénomènes de la putréfaction et de la suppuration septique.

Il a pu, dans des cas dans lesquels les antiseptiques les plus puissants avaient échoué, enrayer les accidents septiques par les lavages avec l'eau oxygénée. Plusieurs sujets ont dû sans aucun doute la vie à ces lavages. Il a pu ainsi rendre pures des plaies profondément infectées.

Les essais qu'il a faits sur des cas simples et avant toute infection ont également été satisfaisants, et la substance qui arrête la suppuration s'est montrée capable de la prévenir.

Le lavage de certaines surfaces infectées, le lavage préalable du vagin pour l'hystérectomie, lui a paru infiniment plus parfait avec cette substance.

Enfin, dans le cas d'avortement suivi de phénomènes d'infection manifeste avec fétidité et élévation de température, le lavage de la cavité utérine par l'eau oxygénée lui a paru donner des résultats aussi assurés que le curetage préalable peut les donner.

L'eau oxygénée doit être employée à des doses beaucoup plus élevées que celles sur lesquelles des essais ont été faits autrefois. Les solutions courantes du commerce à 10 ou à 12 volumes sont les plus propres à être employées.

Elles se sont toujours montrées inoffensives.

Elles sont peu irritantes.

Leur valeur antiseptique au point de vue de la pratique est très supérieure à celle même du sublimé.

L'eau oxygénée est douée d'une certaine puissance hémostatique.

M. Championnière estime que l'application rationnelle de l'eau oxygénée à la chirurgie peut imprimer un mouvement tout nouveau à des interventions qui se sont toujours montrées imparfaites malgré les progrès de la chirurgie,

Si les essais que l'on a faits jusqu'ici n'avaient pas donné de résultats très encourageants, c'est que ces essais n'avaient pas été faits assez méthodiquement, c'est que l'on n'avait pas montré en quoi cet antiseptique diffère des antiseptiques connus. L'usage que l'on a voulu en faire comme d'un topique à pansement, est une erreur ; ce ne peut être qu'un agent de lavage.

Ses usages se multiplieront certainement et cela sera d'autant plus facile que l'industrie la produit et l'emploie de plus en plus.

M. Charpentier. Il y a 18 mois ou 2 ans, j'ai employé l'eau oxygénée ; j'ai prié Tarnier et M. Budin de l'employer dans leur service, par conséquent sur une grande échelle ; nous avons constaté que l'eau oxygénée ne se conservait pas, c'est donc un antiseptique très fugace et très illusoire ; d'autre part c'est un excellent bouillon de culture pour les streptocoques ; elle n'a qu'un avantage ; c'est d'arrêter les hémorrhagies.

M. Ferrand. Il m'est arrivé également d'employer l'eau oxygénée pour lavages dans des cas de gangrène symétrique des extrémités ; j'ai trouvé de grandes différences dans les diverses eaux oxygénées du commerce.

M. Budin. J'ai reçu de deux côtés, de M. Charpentier et d'une autre personne, de l'eau oxygénée, mais dans les deux cas l'eau oxygénée ne contenait plus d'oxygène ; mon expérience ne peut donc rien prouver.

M. Monod. Un antiseptique très puissant et très pénétrant, c'est l'acide phénique en pulvérisation ; je ne vois donc pas l'utilité de changer, surtout pour remplacer l'acide phénique par l'eau oxygénée dont l'instabilité vient d'être démontrée.

M. Guéniot. Il y a quelques années, j'ai fait des expériences sur les divers antiseptiques, en y faisant séjourner quelque temps des morceaux de cordon ombilical. Le bout de cordon placé dans l'acide phénique, était bruni, mais intact ; celui placé dans le sublimé était également intact ; le bout du cordon placé dans l'eau oxygénée était complètement dissous, et l'eau avait conservé toute sa limpidité.

M. Labbé. Verneuil a montré l'influence si favorable des pulvérisations d'acide phénique dans les anthrax ; j'ai vu de même céder aux pulvérisations phéniquées toutes les infections de la peau, angioleucite, érysipèle, etc.

L'acide phénique n'est plus l'antiseptique par excellence, mais il est nécessaire de conserver les pulvérisations d'acide phénique dans les suppurations cutanées.

M. Bouchardat demande si l'eau oxygénée dont s'est servi M. Guéniot était neutre ou acide ; car à cette époque l'eau oxygénée n'était guère préparée que dans les laboratoires, avec de l'acide chlorhydrique qu'on laissait dans la préparation ; c'est peut-être là la cause des faits observés par M. Guéniot.

M. J. L. Championnière. Je n'ai pas parlé des érysipèles et des suppurations cutanées superficielles, mais des suppurations profondes dans lesquelles l'acide phénique donne peu de résultats.

L'eau oxygénée du commerce est un produit défini qui n'a rien de commun avec l'eau saturée d'oxygène.

L'eau oxygénée contient de l'acide sulfurique en quantité assez considérable, qu'on met souvent pour la conserver.

M. Laborde. MM. Bert et Regnard ont montré que l'eau oxygénée était un antifermentescible de premier ordre, seulement ils l'ont cru dangereux. Or l'eau oxygénée débarrassée de l'acide, introduite dans les veines mêmes, n'amène pas d'accident ; c'est d'autre part un bactéricide très remarquable.

Monument Charcot. — M. Cornil lit le discours qu'il a prononcé dimanche matin lors de l'inauguration du monument Charcot.

Rapport. — M. Landouzy lit le rapport sur les travaux envoyés pour le concours du prix Louis. C'est le dernier rapport qui restait à lire. La séance publique annuelle aura lieu mardi prochain.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 novembre 1898. — Présidence de M. Sevestre.

Fièvre bilieuse hémoglobinurique. — M. H. Vincent, du Val-de-Grâce. — La plupart des médecins qui ont observé la fièvre bilieuse hémoglobinurique regardent cette maladie comme une forme spéciale et grave du paludisme. Mais cette opinion n'est pas unanime et, cependant, il est fort important de connaître l'étiologie de cette affection redoutable pour pouvoir la traiter avec efficacité.

Pour vérifier si cette maladie est de nature paludéenne, il n'est qu'une preuve décisive, c'est la constatation de l'hématozoaire du paludisme dans le sang des malades. Sur cinq cas de cette affection je n'ai rencontré qu'une seule fois, dans le sang, l'hématozoaire, et à l'état très rare. Le parasite était absent dans les autres cas. D'autre part, l'autopsie ne m'a montré également que d'une manière inconstante l'infiltration mélanique et la rate pigmentée et hypertrophiée caractéristique de la malaria mortelle. Chez un sujet, j'ai constaté des ulcérations de l'intestin grêle. L'urine des malades, injectée à la dose de 100 c.c. et plus aux animaux, n'est pas pathogène. Elle est hypotoxique et n'a pas d'action hemolytique sur le sang des animaux.

D'ailleurs, la fièvre ictéro-hématurique sévit dans certaines régions où le paludisme est inconnu, notamment à Konakry. Enfin, un autre fait est en contradiction avec l'hypothèse de la nature paludéenne de cette maladie, c'est l'inefficacité bien remarquable de la quinine, reconnue même par les partisans de l'origine paludique de l'affection. Les statistiques de certains médecins américains semblent démontrer que le chiffre des décès est plus grand chez les malades soumis à la quinine, et R. Koch va même jusqu'à dire que c'est ce remède qui est la cause de la fièvre bilieuse hématurique. La quinine à haute dose ne m'a pas donné de résultat favorable chez deux malades. Mais il y a lieu d'en prescrire 0,50 cent. à 1 gr. par jour, non pour combattre cette maladie, mais pour empêcher le paludisme

d'intervenir pour la compliquer et aggraver son pronostic déjà redoutable. L'eau chloroformée à l'intérieur, les eaux alcalines, les injections tièdes de sérum artificiel s'il y a soif vive et anurie, les inhalations d'oxygène, l'enveloppement ouaté des membres s'il y a hypothermie, tel est le traitement qui m'a paru le plus favorable.

Cette maladie n'est pas due à l'intoxication quinique. Un de mes malades n'avait absorbé que 7 gr. de ce remède en trois mois, par doses de 0,50 centigr., lorsque survint subitement son accès hémoglobinurique. Je n'ai pu davantage constater l'influence pathogénique du refroidissement, excepté, peut-être, chez un des mes malades.

Le bacille qui a été décrit par Yersin dans l'urine n'existait pas chez mes malades. Leur sang ne renfermait pas les amibes signalées par Plehn.

L'étiologie de la fièvre bilieuse hémoglobinurique est donc encore obscure. Le paludisme ne joue dans cette affection qu'un rôle prédisposant. La bilieuse hématurique sévit parfois à l'état épidémique, ainsi que j'ai pu l'observer dans quatre de mes cas, et par là même, non moins que par ses symptômes, elle se comporte comme une maladie infectieuse spéciale dont l'agent pathogène reste à déterminer.

Infiltration cancéreuse du canal thoracique. — M. Mathieu présente une pièce anatomique tout à fait remarquable d'infiltration cancéreuse du canal thoracique, qui est envahi et oblitéré dans sa totalité. Il le fut secondairement à un cancer en nappe de l'estomac.

Au point de vue clinique, le cas est intéressant en ce sens qu'il fut sinon diagnostiqué d'une façon ferme sur le vivant, du moins soupçonné. On s'appuya, pour émettre cette supposition, sur l'existence du ganglion de Troisier (susclaviculaire), d'une grosse masse ganglionnaire représentée par les ganglions prœlombaires, d'un varicocèle double, enfin d'un phlegmatia alba dolens du membre supérieur gauche. Mais aucun de ces signes n'a une valeur pathognomonique, ainsi qu'on le sait. Chose curieuse, malgré l'envahissement de tout le canal et d'un grand nombre de ganglions, il n'y eut pas d'ascite chyleuse.

A noter aussi que le malade a vécu plus de trois mois après qu'on eut soupçonné la présence de ce cancer du canal thoracique.

Maladie de Barlow et rachitisme. — M. Ausset (de Lille), s'appuyant sur une observation personnelle, sur la clinique, sur l'étiologie, sur le texte de la description de la maladie de Barlow par Barlow lui-même, croit qu'il ne s'agit dans ce syndrome que d'une forme anormale de rachitisme, d'un « rachitisme hémorrhagique ». Cette opinion paraît d'autant plus vraisemblable que l'on ne rencontre guère ce syndrome que chez des rachitiques et que, d'autre part, on note sur les os atteints d'hématomes les lésions osseuses du rachitisme.

Amputations congénitales. — M. Variot présente un enfant atteint d'amputations congénitales dont les détails anatomiques apparaissent avec une netteté extrêmement remarquable sur des radiographies.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VI^e^ ARRONDISSEMENT

Séance du 31 *octobre* 1898. — *Présidence de* M. Valude.

Présents :MM. Richardière, Pruvost, Bonnefin, Boissier, Furet, Petit, Dauchez, Dromain, Malmejac, Ancelet.

Après lecture des procès-verbaux des deux dernières séances, M. Valude donne connaissance de la correspondance contenant une lettre de M. Thierry excusant son absence et une lettre de M. Kalt donnant sa démission de membre de la Société ; il est décidé que, suivant l'usage, une démarche sera faite auprès de M. Kalt pour le faire revenir sur sa décision.

M. Valude rappelle que dans la précédente séance, celle de juillet, la Société, faisant droit aux réclamations fondées de M. Chevallereau, avait voté que les procès-verbaux des séances seraient adressés directement et d'une façon régulière à M. Chevallereau qui s'engageait, du reste, dans ces conditions, à faire paraître ces procès-verbaux dans l'un des deux numéros de la *France Médicale* paraissant après leur remise Vu le peu de membres présents à la séance de juillet, M. Valude demande aux membres présents la confirmation du vote émis qui est adopté à l'unanimité. Il est décidé en outre que M. le Secrétaire général informera M. Chevallereau de la décision de la Société.

M. Richardière, vice-président, prend possession pour un moment du fauteuil présidentiel pour exprimer, comme ami personnel et très intime de notre président et au nom de la Société toute entière, combien tous ceux qui connaissent M. Valude ont été heureux de la grande distinction dont il a été l'objet et propose d'ajouter aux félicitations individuelles, envoyées déjà par chacun, une félicitation collective de la Société à l'égard de son sympathique président. Cette proposition est saluée par des applaudissements et l'approbation générale. M. Valude remercie beaucoup les membres de la Société de leur délicate attention, dont il est profondément touché.

La candidature de M. Mercier est ensuite proposée par M. Dromain et il est décidé que le rapport sur cette candidature sera lu à la prochaine séance.

M. Petit trouve que le programme des séances de la Société est quelquefois peu chargé et propose de mettre des questions à l'ordre du jour, afin qu'on puisse les préparer et les discuter successivement.

M. Furet trouve qu'agir ainsi serait chercher à copier les grandes Sociétés savantes tandis que nos réunions doivent avoir surtout pour but de traiter les questions d'intérêt professionnel.

M. Richardiere rappelle à ce sujet que la Société médicale des hôpitaux, sur la proposition de M. Ferret, voulut ainsi mettre des questions en discussion ; une seule discussion eut lieu sur la typhlite et il en jaillit si peu de lumière qu'aucune autre question ne fut mise à l'étude.

Diminution de fréquence de la diphthérie. — M. Richardière désire poser une question à la Société. Chargé depuis longtemps déjà d'un service hospitalier réservé au traitement de la diphtérie, il constate, depuis quelque temps, une diminution énorme des cas de cette maladie dans son service. Il voudrait donc savoir de ses confrères présents s'ils constatent en ville une diminution analogue ou si la pratique mieux connue de la sérothérapie fait que beaucoup de diphtériques soignés autrefois à l'hôpital le sont maintenant chez eux.

La statistique des cas de diphtérie dans le service de M. Richardière se résume ainsi : 1.800 cas environ en 1895, 1.500 cas en 1896 ; 1.200 cas en 1897 ; 500 cas seulement en 1898.

Devant cette diminution frappante qui est dans les mêmes

proportions pour tous les hôpitaux d'enfants, M. Richardière voudrait savoir si cette proportion est la même pour les cas de diphtérie en ville. M. Bonnefin, développant quelques considérations sur les maladies infectieuses en général, M. Richardière demande que, pour plus de clarté, la discussion reste dans les limites de sa question.

M. Dauchez a vu environ 90 angines dans le courant de l'année et sur ce nombre n'a guère constaté que 5 ou 6 diphtéries vraies. Il a eu souvent des doutes sur d'autres cas, mais l'examen bactériologique a démontré qu'il ne s'agissait pas de diphtérie. En ce qui le concerne, M. Dauchez a donc vu très peu de cas de cette maladie par rapport au nombre important d'angines de toute nature qu'il a été appelé à soigner.

Le sérum, à son avis, tend donc à diminuer de beaucoup l'intensité et la fréquence des cas de diphtérie. En effet, à l'époque de son internat, sur une cinquantaine de cas de croup qu'il a pu opérer, M. Dauchez ne constatait environ que 8 ou 9 guérisons, tandis qu'en quatre ans, et grâce à l'emploi du sérum, il a obtenu la guérison des 3 enfants qu'il a opérés. L'emploi du sérum a donc eu une influence manifeste sur la proportion et la propagation des cas de diphtérie aussi bien en ville qu'à l'hôpital.

M. Dromain a constaté aussi que les cas de diphtérie avaient beaucoup diminué en quantité et en intensité depuis quelque temps en ville, comme du reste tous les cas de maladies infectieuses, depuis la généralisation des mesures d'hygiène et de prophylaxie. M. Dromain n'a pas eu à soigner un seul cas de diphtérie dans sa clientèle depuis le début de l'année, et n'a perdu du reste aucun malade d'angine et se déclare contraire à l'emploi irraisonné et souvent trop fréquent du sérum comme simple prophylaxie pour des angines dont la nature diphtérique n'est pas nettement établie.

M. Dauchez se plaint de ce qu'il soit même souvent difficile d'être fixé bactériologiquement sur la nature vraie d'une angine en clientèle privée, ayant obtenu, pour un cas où il avait des doutes, du laboratoire municipal, une réponse qui fut infirmée par le laboratoire de l'Institut Pasteur ayant à examiner le même exsudat.

M. Dauchez voudrait savoir aussi combien de temps peut persister le bacille après la disparition des fausses-membranes.

M. Richardière constate, par les réponses qui viennent de lui être faites, qu'il y a une diminution croissante des cas de diphtérie à la ville comme à l'hôpital. Il croit en trouver la cause dans le nouveau traitement par le sérum qui, non seulement abrége beaucoup la durée de la maladie mais qui encore, faisant par suite disparaître très rapidement les fausses membranes, diminue de beaucoup, de cette façon, les causes de contagion que leur présence apporte.

A propos des erreurs bactériologiques signalées par M. Dauchez, M. Richardière a souvent constaté que des malades atteints d'angine ne présentaient à leur entrée à l'hôpital que du streptocoque dans leur gorge et que le lendemain seulement le bacille de Löffler y faisait son apparition. La durée de la persistance de ce bacille dans la gorge des malades est très variable. 45 malades environ sur 120 gardent le bacille après la disparition des fausses membranes et 4 ou 5 en possèdent encore après leur sortie de l'hôpital.

M. Furet rappelle à ce sujet avoir signalé deux cas de diphtérie nasale où le bacille persista deux mois.

M. Dauchez croit en outre que les rechutes de diphtérie se voyant encore assez fréquemment, l'action immunisante du sérum doit empêcher celles-ci de se produire et par suite agir en faveur de la diminution rapide des cas de la maladie. M. Dauchez connaît cependant un cas de M. Cadet de Gassicourt où un enfant traité une première fois par le sérum fut repris de diphtérie.

M. Richardière peut affirmer que le sérum ne vaccine pas, il immunise pour cinq à six semaines, mais pas plus. En cas d'épidémie on pourrait donc par le sérum s'immuniser à peu près pour ce laps de temps. Il en résulte que les rechutes de la maladie sont encore très fréquentes.

M. Dromain connaît le cas d'une jeune malade qui eut une récidive de diphtérie et, depuis, 6 angines blanches où trois fois la présence du bacille de Lœffler fut constatée.

M. Dauchez constate que la trachéotomie devient rare et qu'on lui a substitué le tubage. En Angleterre, où elle est encore en honneur, les résultats de son emploi sont, grâce au sérum, bien plus satisfaisants qu'autrefois au point de vue de la mortalité consécutive.

M. Richardière trouve que le tubage et le détubage sont bien plus faciles à pratiquer que la trachéotomie, car il s'agit d'un simple cathétérisme qui s'apprend facilement.

Le secrétaire de séance.

Dr G. Angelet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 décembre 1898. — Présidence de M. Berger.

Abcès cérébelleux. — M. Picqué continue son rapport sur le travail de M. Gaudier (de Lille (Voir C. R. du C. de Ch., 1898.

M. Guinard. Deux observations. Otite moyenne suppurée chez un malade de 18 ans. Apparition de symptômes qui permettent de songer à un abcès de la fosse cérébelleuse, par suite des seuls vertiges et de vomissements. Je trépanai l'apophyse mastoïde, il sortit du pus, puis le sinus me servant de guide, je fis au-dessous de lui une ponction qui me donna du pus. Je fis une incision de la dure-mère et tombai sur le cervelet en apparence sain. Je l'incisai et le pus sortit. Le malade mourut dans la soirée.

2e cas. — Un malade à la suite d'un abcès otique avait tous les signes d'une méningite. Je ne lui fis pas de trépanation et, à l'autopsie, on trouva le cerveau baignant dans une couche de pus.

Ouvrir directement les abcès cérébelleux serait l'idéal, mais il faudrait en avoir fait le diagnostic antérieur, ce qui est souvent impossible; aussi la voie mastoïdienne, qui permet des ponctions en avant et en arrière, me semble préférable.

Péritonite tuberculeuse. — M. Lejars. J'ai voulu dans ma communication insister sur les formes aiguës et le traitement opératoire qui leur a été appliqué. Les formes aiguës, celle de l'occlusion et celle de l'appendicite surtout, sont diverses et il ne faut pas confondre l'occlusion avec elle-même. On peut avoir des adhérences, des brides, des coudures, toutes choses très différentes les uns des autres et pouvant donner des indications différentes. Dans certains cas, il n'y a pas d'obstacle mécanique, et il y n'a que de la granulie, ce sont des occlusions, sans occlusions mécaniques. De même aussi les faits où les symptômes sont

ceux de l'appendicite. La question d'intervention se pose, et elle est assez consolante puisque la plupart des chirurgiens ont pu citer des cas d'amélioration et aussi de guérison.

Calculs prostatiques. — M. Bazy fait deux rapports sur deux observations, l'une de M. Rousseau (d'Orizoba) et l'autre de Souligoux (de Paris). M. Rousseau enlève par la voie périnéale au bout de 2 heures d'intervention un calcul de la prostate pesant 32 gr. Mais la suppuration continua et le malade succomba.

M. Souligoux opéra un malade atteint d'un calcul siégeant dans la loge prostatique, par la taille périnéale, mais ne put l'extraire, même après tentative de broiement. On lui fit une taille hypogastrique. Au bout de 10 jours, hemorrhagie qui force à ouvrir la vessie. Le malade guérit.

Luxation complète du pouce droit en arrière. — M. Moty. Un malade tomba de bicyclette le pouce soulevé en arrière et on tira assez fortement. La réduction n'étant pas faite, je vis alors le malade. Je saisis le doigt, et il était impossible de le mobiliser. Je pus en poussant en bas la phalange et en repoussant en haut la tête du métacarpien, réussir à le réduire.

Suture des deux rotules dans la même séance, il y a 3 ans. Présentation du malade par M. Lejars.

CONGRÈS DE CHIRURGIE

12e Session, tenue à Paris, du 17 au 22 octobre 1898.

(*Suite* (1)).

Lésions des nerfs du membre supérieur dans les fractures de l'humérus. — Le Dr J. Reboul (de Nîmes) communique trois faits d'intervention pour lésions des nerfs du membre supérieur, dans les fractures de l'humérus.

Observation I. — Une dame de 41 ans présentait, en mars 1894, une paralysie du nerf cubital gauche avec griffe, consécutive à une fracture du tiers moyen de l'humérus, produite 11 mois auparavant. Le Dr Reboul opéra en avril 1894 et constata que le nerf cubital, dans toute la partie moyenne du bras, était grisâtre, comprimé dans une gangue fibreuse et qu'au niveau du maximum de la compression, c'est-à-dire au niveau du cal, l'humérus présentait une saillie qui soulevait le nerf cubital comme une corde à violon l'est par le chevalet. Résection de la saillie osseuse, libération du nerf, électrisation, massage, douches. Progressivement, les fonctions du nerf cubital reviennent, les douleurs cessent, et depuis lors la malade a repris les fonctions normales de son membre supérieur gauche.

Observation II. — Une jeune fille de 14 ans est adressée au Dr Reboul pour une paralysie du nerf cubital gauche, avec griffe et ankylose du coude. Ces lésions étaient consécutives à une chute sur le coude, datant de 4 mois auparavant. L'opération faite le 9 mars 1896 montre une fracture de l'épitrochlée et de la trochlée hypertrophiées; le nerf cubital est comprimé dans une gangue fibreuse épaisse, dans la rainure épitrochléo-olécranienne. Résection de la trochlée et de l'épitrochlée. Libération du nerf cubital. Suites normales. Les mouvements du coude sont récupérés, la paralysie du cubital disparaît assez rapidement, la griffe cesse, et depuis lors la malade a recouvré les fonctions normales de son membre supérieur gauche.

(1) V. *France Médicale*, n° 45, p. 714.

Observation III. — M. X..., âgé de 26 ans, se fait, dans une chute de cheval, une fracture de l'humérus gauche, à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur. Immédiation après l'accident, on constate une paralysie du nerf radial. Le membre est immobilisé dans un appareil Hennequin, et malgré la bonne contention de la fracture, la paralysie du radial persiste. Le Dr Reboul voit le malade un mois après. La consolidation est bonne. Mais la paralysie du radial persiste. La radiographie montre sur le fragment supérieur, en arrière et en dehors, un bec osseux saillant d'environ un centimètre. Opération le 8 janvier 1898. Le nerf radial est comprimé par le bec osseux ; ses fibres sont dissociées dans une gangue fibreuse. Résection de la saillie osseuse, libération des faisceaux nerveux. Electrisation, massage, douches. Progressivement, les fonctions du nerf radial se rétablissent et, en juillet, six mois après l'intervention, le malade peut monter à cheval et se servir de sa main gauche, comme auparavant.

De ces faits et d'autres semblable, le Dr Reboul conclut que l'intervention est formellement indiquée dans les lésions des nerfs produites par les fractures des membres. On doit opérer immédiatement si les signes de paralysie se manifestent après l'accident ou ultérieurement. Il y a tout avantage à opérer le plus tôt possible avant que les lésions des nerfs soient accusées, et l'on doit réséquer les fragments osseux qui peuvent devenir des agents de compression.

Traitement des hernies gangrenées. — M. le Dr Monprofit (d'Angers). — Le traitement des hernies gangrenées ne doit pas être le même dans tous les cas qui peuvent se présenter en clinique.

La résection de l'anse gangrenée, et la suture des deux bouts est applicable surtout dans les hernies qui ne s'accompagnent encore ni d'un état général très grave, ni d'une réaction inflammatoire très étendue des enveloppes de la hernie et des parois abdominales. Lorsque ces conditions sont réunies, la résection immédiate suivie de suture intestinale donne les meilleurs résultats.

Au contraire, si les accidents d'étranglement persistent déjà depuis quelques jours, et qu'on se trouve en face d'un véritable phlegmon stercoral avec réaction plus ou moins intense de la paroi abdominale, le mieux est d'inciser largement afin de parer aux accidents les plus pressants et de ne pas tenter la résection dans de mauvaises conditions.

Lorsque les phénomènes inflammatoires seront tombés et que l'anus contre nature se sera constitué, la cure radicale par résection et suture des deux bouts se fera avec les plus grandes chances de succès.

A l'appui de ces considérations nous citerons deux faits : le premier a trait à une femme atteinte d'accidents d'étranglement depuis moins de vingt-quatre heures, et qui subit probablement des tentatives répétées de taxis forcé par un empirique. Je trouvai, sous une paroi saine en apparence, une anse gangrenée longue de 50 centimètres. J'en fis la résection et je pratiquai l'anastomose latérale après fermeture des deux bouts : au bout de huit jours, la malade était guérie sans incident.

Le second se rapporte à une malade atteinte d'une volumineuse hernie ombilicale étranglée depuis plusieurs jours avec phlegmon étendu de la paroi et gangrène de l'intestin. Je fis des incisions multiples afin de désinfecter la région et j'établis un anus artificiel. La malade revint à la vie, et un mois plus tard je pratiquai l'ablation de l'anus ombilical, la résection des deux bouts, et la suture intes-

tinale. Dans ce cas particulier, le bout supérieur étant très volumineux et le bout inférieur très atrophié, je fis l'implantation latérale du bout inférieur dans le bout supérieur après fermeture terminale de ce dernier. La guérison fut complète et définitive.

Craniectomie temporaire. — M. Thomas Jonnesco (de Bucarest). La craniectomie temporaire, qui permet de découvrir la surface de tout un hémisphère cérébral (hémicraniectomie) de pratiquer des explorations étendues de la surface et dans la profondeur du cerveau, et d'obtenir des décompressions complètes grâce à l'incision étendue de la dure-mère, et cela sans ces larges pertes de substances permanentes du crâne, est une opération idéale, à condition qu'elle soit parfaitement bénigne. La simplification du manuel opératoire, une instrumentation à la fois simple et évitant tout ébranlement cérébral, sont les conditions indispensables pour atteindre cette bénignité et faire entrer la craniectomie dans la pratique courante de la chirurgie. L'instrumentation de Doyen avait déjà simplifié l'opération et assuré en partie sa bénignité, mais on pouvait faire mieux et l'*appareil* instrumental dont je me sers maintenant me paraît bien supérieur par sa simplicité et surtout par son absolue innocence.

Je ne me sers que de trois instruments ; le trépan à cliquet muni de la mèche perforatrice de Doyen, sans avoir recours aux fraises.

Les trous faits, les ponts osseux intermédiaires sont taillés par une *scie mensuratrice*, construite de façon qu'au moment de la mensuration de l'épaisseur de l'os, le curseur découvre la lame tranchante de la scie sur une hauteur égale à celle de l'os à scier. Pour faire sauter la table interne et tout le couvercle osseux, je me sers d'un instrument formé de deux tiges verticales et parallèles, dont une immobile et fixe, l'autre mobile courant sur une tige horizontale sur laquelle elle est vissée. Les extrémités libres amincies des deux tiges verticales sont introduites dans les deux trous qui limitent un pont osseux. Les deux tiges sont rapprochées à l'aide d'un puissant levier, et les extrémités des tiges s'engagent si précisément dans la section osseuse, qu'elles en écartent les surfaces, en faisant éclater la lame interne sur toute l'étendue de la ligne de section du lambeau osseux, dont le pédicule cède en même temps, sans avoir besoin de se servir du ciseau et du maillet. Donc point de martelage, point d'ébranlement cérébral.

J'ai pratiqué seize craniectomies temporaires sur quinze malades, sur un microcéphale ayant fait l'hémicraniectomie bilatérale. — Ces seize interventions se décomposent ainsi : quatorze hémicraniectomies et deux craniectomies partielles, fronto-pariétales. — Dans onze cas, l'opération a été simplement décompressive et évacuatrice de l'œdème cérébral; dans quatre cas, elle a été suivie de résection étendue de l'écorce cérébrale; et une fois j'ai réséqué un segment de la dure-mère épaissie et adhérente. J'ai perdu un seul opéré, par hémorrhagie cérébrale secondaire à la suite d'une résection étendue et profonde de l'écorce; l'hémorragie a été trop rapide et la mort est survenue trop vite pour permettre une intervention secondaire qui aurait pu sauver le malade. Deux autres opérés, épileptiques et maniaques, ont succombé tardivement, un mois et six semaines après, l'un dans l'état de mal, l'autre par gangrène pulmonaire, mais non des suites de l'opération.

Les résultats thérapeutiques sont : deux cas d'épilepsie traumatique ancienne, dont une généralisée, l'autre Jacksonienne : craniectomie fronto-pariétale partielle, avec résection d'un segment de la dure-mère épaissie et adhérente, dans un cas; résection de l'écorce ulcérée sur une étendue d'une pièce de cinq francs, dans l'autre cas; les deux malades sont parfaitement guéris depuis cinq et six mois. — Une épilepsie Jacksonienne sans lésions apparentes : hémicraniectomie gauche, résection de l'écorce rolandique 3 × 4 centimètres. Guéri depuis un an.

Deux frères jumeaux hystériques et tombés dans un état de prostration et d'idiotisme depuis sept mois : hémicraniectomie gauche, œdème cérébral, décompression. Guéris depuis un an et demi. — Un épileptique et manie aiguë : hémicraniectomie, œdème cérébral, dépression par mobilisation du lambeau osseux. Guéris depuis quatre mois. — Quatre idiots, dont deux idiots épileptiques : hémicraniectomie, insuccès; dans un cas, il y avait une atrophie très accentuée du lobe frontal gauche. — Un épileptique hémiplégique et aphasique : hémicraniectomie gauche, résection de l'écorce rolandique, très amélioré. — Deux épileptiques avec manie aiguë, ayant subi préalablement, sans succès, la résection bilatérale du sympathique cervical : hémicraniectomie, œdème cérébral; ont succombé un mois et six semaines après, mais pas du fait de l'intervention. — Enfin un microcéphale idiot a été très amélioré après la deuxième hémicraniectomie qui a été faite des deux côtés.

En somme, nous avons six guérisons, deux améliorations et six insuccès, et une mort opératoire, c'est-à-dire, 6,7 0[0 et deux morts tardives, 13, 3 0[0.

Doyen, sur trente-huit cas, accuse treize morts, donc 31.5 0[0, et une seule guérison thérapeutique, dix-sept améliorations et huit insuccès. Chipault, douze cas avec deux morts, dont 16, 6 0[0. La mortalité opératoire est : Doyen 31 0[0 ; Chipault 8, 3 0[0. La mortalité tardive : Doyen, 10,5 0[0; Chipault, 8, 3 0[0. Sur une statistique générale de quatre-vingt-dix opérations, nous trouvons : soixante-neuf guérisons opératoires, quatorze morts opératoires et sept morts tardives. Sur les soixante-neuf guérisons opératoires, vingt-deux guérisons thérapeutiques, vingt-quatre améliorations et vingt-trois insuccès.

La mortalité opératoire est donc de 15, 5 0[0, tandis que dans la trépanation (Terrier, Chipaut) elle est de 28, 7 0[0.

En somme : la bénignité plus grande de la craniectomie temporaire, son efficacité certainement supérieure, car elle permet l'exploration étendue et complète de la surface et de la profondeur de l'hémisphère cérébral; la possibilité d'établir une large et permanente décompression du cerveau sans les larges et permanentes pertes de substance qui résultent de la trépanation, sont des avantages indiscutables de la craniectomie, qu'elle a acquis surtout grâce au manuel opératoire très simplifié par le procédé que j'ai exposé.

La résection du sympathique cervical dans le traitement de l'épilepsie, du goître exophtalmique et du glaucome. — M. Thomas Jonnesco (de Bucarest). Depuis le mois d'août 1896, quand j'ai pratiqué, le premier, la résection du sympathique cervical, étendue aux deux premiers ganglions d'abord, à toute la chaîne cervicale ensuite, dans le traitement du goître exophtalmique et de l'épilepsie, j'ai répété cinquante-cinq fois cette opération. Depuis le mois de septembre 1897, quand j'ai réséqué, le premier, le

ganglion cervical supérieur du sympathique dans le glaucome, j'ai répété huit fois cette intervention. Les résultats immédiats et tardifs que j'ai obtenus ont été publiés en partie aux Congrès de Chirurgie de 1896 et 1897, au Congrès de Moscou et à l'Académie de médecine. Le but de cette communication est de faire connaître ma statistique intégrale, et de préciser, me basant sur des cas assez anciens et concluants, les effets thérapeutiques de l'opération et ses suites immédiates et tardives.

La résection même totale et bilatérale est une opération absolument bénigne, je n'ai perdu du fait de l'intervention aucun malade, et, pour réduire à rien le traumatisme, il est préférable de le faire en deux séances, espacées de 7 à 8 jours, enlevant chaque fois un ganglion sympathique. La résection du ganglion supérieur seul peut être faite sans aucun inconvénient en une seule séance..

Les suites immédiates sont insignifiantes ; les phénomènes oculaires post-opératoires : retrait du globe oculaire, chute de la paupière supérieure, rétrécissement de la pupille, s'observent toujours et sont permanents. Les suites tardives sont absolument nulles; l'état général n'est nullement influencé, les opérés, depuis deux ans et plus, sont dans un état de santé parfaite et je n'ai jamais eu à enregistrer le moindre trouble trophique.

Quant aux effets thérapeutiques, voici ma statistique : Sur quarante-cinq *épileptiques* opérés, six ont succombé, plus ou moins longtemps après l'opération, soit dans un état de mal, soit d'une affection intercurrente. Des trente-neuf qui restent, les uns sont trop récents pour pouvoir en parler, d'autres n'ont pas pu être suivis ; restent dix-huit malades suivis depuis assez longtemps : dix sont parfaitement guéris, n'ayant pas eu d'accès depuis deux ans (5), un an et sept mois (1), quinze mois à un an et demi (3), six mois (1); six sont notablement améliorés et il y a deux insuccès.

Donc 55 0[0 de guérison, 28 0[0 d'amélioration, et 15 0[0 d'insuccès. Parmi les cas guéris, j'en signalerai un où l'épilepsie était associée à la chorée et où les deux affections ont été guéries par l'opération, et cela depuis deux ans. Ces excellents résultats, je les dois, j'en suis convaincu, à l'opération que j'ai préconisée et pratiquée : la résection totale et bilatérale de la chaîne cervicale du sympathique, elle seule modifiant assez profondément la circulation encéphalique, chose qu'on ne peut obtenir ni par la simple section du cordon (Jaboulay), ni par la résection du ganglion cervical supérieur seul (Alexander), du moyen ou de l'inférieur, dont les effets ne peuvent être que passagers et incomplets.

Dans la *maladie de Basedow*, sur dix opérés, j'ai six cas types de Basedowisme vrai avec six guérisons datant de 26, 25, 15, 11, 7 1/2 et 4 mois, dont un où la maladie de Basedow était associée au glaucome ; et quatre cas frustes et Basedowisme secondaire, très améliorés mais non guéris. Dans un de ces cas, il y avait Basedowisme et épilepsie. Dans un de ces derniers cas, je n'ai fait que l'ablation unilatérale du sympathique. Sauf mes deux premières opérées chez lesquelles je n'ai enlevé que les deux premiers ganglions, et qui sont parfaitement guéries aujourd'hui, chez tous les autres, j'ai fait l'ablation totale de la chaîne sympathique cervicale. La modification profonde de l'état nerveux, la disparition très rapide des phénomènes oculaires, la chute du pouls et la disparition de la tachycardie sont les premières suites de l'opération ; le goître diminue peu à peu et subit une dépression scléreuse qui va jusqu'à sa disparition complète. Ici aussi les bons résultats que j'ai obtenus sont dus à la résection très étendue ou totale que j'ai préconisée et pratiquée, à la place de la simple section du sympathique, seule intervention qu'on avait proposée et pratiquée avant moi (Jaboulay). Du reste, tous ceux qui ont entrepris, depuis ma communication au Congrès de chirurgie de Paris de 1896, le traitement de la maladie de Basedow par une intervention sur le sympathique, n'ont plus fait que la résection du sympathique plus ou moins étendue, comme je l'avais préconisée, y compris M. Jaboulay.

En somme, la résection du sympathique donne d'excellents résultats, surtout dans les formes vraies de la maladie de Basedow, là où les opérations sur le corps thyroïde donnent des résultats à peu près nuls (Schlesinger). Mais pour cela il faut enlever toute la chaîne sympathique, car Morat vient de démontrer que les nerfs vaso-dilatateurs du corps thyroïde suivent la chaîne thoracique et le ganglion cervical inférieur pour aboutir au corps thyroïde ; il faut donc enlever ce dernier ganglion pour avoir un effet durable et sûr (Briau, Th. de Lyon, 1897).

Dans le glaucome, sur sept résections du ganglion cervical supérieur et une résection totale du sympathique cervical, j'ai obtenu des résultats excellents et durables, surtout dans trois cas : deux glaucomes chroniques simples où la vue s'est notablement améliorée et se maintient depuis onze mois dans un cas, depuis neuf mois dans l'autre. Les deux malades avaient subi préalablement l'iridectomie double sans résultats. Un d'eux avait conservé la perception lumineuse d'un côté et la distinction des objets à quelques centimètres seulement du côté opposé; aujourd'hui, onze mois après l'opération, il distingue parfaitement les lettres de huit centimètres de hauteur, à 1 m. 50 avec l'œil droit, à 1 mètre avec l'œil gauche.

La seconde malade, opérée du seul côté où elle avait encore la perception lumineuse et pouvait compter les doigts à 15 centimètres de l'œil, actuellement, neuf mois après, elle distingue tous les objets à 2 m. 75. — Enfin le troisième atteint de glaucome chronique irritatif, qui souffrait de douleurs violentes périorbitaires et occipitales depuis dix ans, et qui avait subi la double iridectomie sans résultat,a vu cesser complètement ses douleurs immédiatement après la résection bilatérale du ganglion cervical supérieur, et aujourd'hui, un an après l'opération, il ne soufre plus aucunement et sa vue s'est tellement améliorée qu'il écrit parfaitement, lit les lettres de sa femme et tous les imprimés. Son état nerveux s'est même tellement amélioré qu'il se déclare en excellent état, ne demandant que la durabilité de ce merveilleux résultat.

Dans les autres cinq cas, les résultats n'ont pas été aussi bons, soit qu'il s'agit de glaucome aigu, soit de glaucome chronique simple absolu.

En somme, comme l'opération est absolument bénigne, je n'hésite pas à la proposer pour toutes les formes de glaucomes, attendant que l'expérience nous montre les cas où son efficacité est plus certaine et plus durable.

Volumineuse hernie épigastrique chez un homme obèse. Cure radicale. Guérison. — M. Villar (F.) (de Bordeaux), après un rapide aperçu de la question, rapporte une observation, qui fait l'objet de sa communition, d'un homme âgé de 50 ans, présentant une corpulence et une obésité extraordinaires, et atteint d'une volumineuse hernie épigastrique depuis 15 ans environ.

Cette tumeur, qui gênait depuis longtemps le malade par son volume, occupait la région épigastrique et s'étendait sur la ligne médiane, de l'ombilic à l'appendice xyphoïde. De la forme d'une calotte sphérique, elle avait une consistance molle avec des points indurés, et était sonore en certains points, et un peu réductible.

Le malade, devant l'aggravation de son état, vint alors trouver M. Villar, qui se décida à une intervention.

L'opération fut faite le 21 février 1898, avec anesthésie à l'éther. Après incision elliptique de la peau, l'auteur isole et disséque le sac herniaire qui est ouvert; enlève une grande partie de l'épiploon graisseux qui entoure la masse intestinale et réduit l'intestin et le moignon de l'épiploon. Puis le sac est réséqué et la paroi reconstituée. Enfin la peau est réunie aux crins de Florence et recouverte d'un pansement antiseptique. Quinze jours après, le malade se levait.

En terminant, l'auteur rappelle qu'il est bien préférable d'opérer les hernies épigastriques avant qu'elles aient atteint un gros volume et des adhérences néfastes et, vu l'innocuité de l'opération, il voudrait la voir pratiquée sur une plus vaste échelle.

VARIÉTÉS

Le monument Charcot

Dimanche manche, à 10 heures, avait lieu devant la Salpétrière, sous la présidence de M. Georges Leygues, ministre de l'Instruction publique, l'inauguration du monument que ses élèves et ses amis ont élevé au professeur Charcot. La statue de bronze, très belle, est due au sculpteur Falguière; Charcot est représenté debout, en robe de professeur, faisant sa leçon. Le masque est superbe et d'une ressemblance parfaite.

M. Brouardel a pris le premier la parole, pour remettre, au nom du comité qu'il présidait, le monument à la Ville de Paris.

Notre confrère Navarre, président du conseil municipal, a remercié en rappelant les encouragements que le conseil n'avait cessé de donner aux efforts de Charcot pour porter la lumière dans les recoins obscurs de la pathologie nerveuse et pour combattre les préjugés et l'ignorance. Navarre ne pouvait manquer de profiter de l'occasion pour s'élever avec énergie contre le surnaturel et le mysticisme; il l'a fait avec une vigueur et avec un entrain remarquables et il est juste de reconnaître qu'il a été vivement applaudi. Nous nous bornons à reproduire la péroraison de son discours.

« Chacune des grandes périodes de l'histoire est marquée par une préoccupation dominante. Au sortir du moyen-âge, la formation des grands Etats modernes donne la prédominance à la politique. Puis, avec la Renaissance, ce sont les manifestations artistiques qui jouent le rôle principal pour faire place, au XVIIe siècle, à l'épanouissement littéraire de presque toutes les nations européennes. Avec le XVIIIe siècle, ce sont les philosophes qui prennent la direction du mouvement intellectuel, préparant la grande poussée révolutionnaire de 1789.

« Le siècle qui maintenant s'achève aura été celui de la science, dont l'essor prodigieux déconcerte ceux qui ont encore la prétention de nous faire rétrograder vers le passé.

« Savants, écrivains, penseurs, tous ceux que les défenseurs de l'obscurantisme qualifient d'intellectuels parce qu'ils luttent contre les préjugés de religion et de caste, parce qu'ils revendiquent le droit au bon sens contre les absurdités, contre les folies sectaires et religieuses, tous ceux-là exercent sur les jeunes générations l'action la plus salutaire, la plus vivifiante; ils les façonnent pour la grandeur de la France.

« Charcot fut au premier rang parmi ces grands éducateurs.

« Aujourd'hui, comme au temps de Voltaire, à côté de l'élite intrépide et fière qui vient se ranger sous la bannière de la science, il y a le « servum pecus » de la tradition, subissant encore le joug avilissant de l'ignorance.

« Mais l'œuvre des penseurs se poursuit, la lumière se fait dans les esprits et, à mesure que l'instruction se répand dans les masses, nous sentons grandir l'espoir que notre génération verra le triomphe complet de la raison humaine et de la justice sociale.

« Je salue en Charcot un des ouvriers de cette grande œuvre d'émancipation intellectuelle, qui sera un des titres les plus glorieux de la patrie française à la reconnaissance du monde civilisé. »

La plus large part dans le tribut d'éloges que l'on décernait au triomphateur du jour devait être apporté par son digne continuateur, le professeur Raymond. Son discours, plein d'idées élevées, donnait un exposé très juste et suffisamment complet, devant cet auditoire, mi-scientifique et mi-mondain, de l'œuvre du maître ; aussi l'auditoire l'a-t-il attentivement suivi dans tous ses développements. Nous reproduisons les principaux passages de ce discours, ceux qui nous ont paru montrer le mieux l'œuvre de Charcot :

« Il y a seulement un demi-siècle, la moelle était considérée comme un simple conducteur, comme un nerf plus gros que les autres, reliant le cerveau aux différents organes du corps de l'animal. Quant au cerveau, siège des facultés supérieures, on se le représentait comme une masse homogène au point de vue fonctionnel, quelque chose comme une fédération de territoires qui avaient tous les mêmes attributions.

« Combien nous sommes loin de ces erreurs, qui ont été enseignées aux hommes de ma génération ! Aujourd'hui le cerveau nous apparaît comme un assemblage d'organes dont chacun remplit une fonction distincte et définie. Dans ce qu'on est convenu d'appeler l'écorce des hémisphères cérébraux, il y a un territoire chargé spécialement de commander aux muscles l'exécution des mouvements volontaires; il se subdivise en îlots et chacun d'eux régit un groupe distinct de muscles. Il y a des zones chargées de percevoir les impressions que les agents extérieurs font naître à la surface de notre corps, ou les modifications qui se passent dans la profondeur de nos organes. Il y a une zone distincte pour percevoir les impressions lumineuses, il y en a une autre chargée de percevoir les sons, et ainsi du reste. Ces différentes zones, véritables centres, sont reliées et associées entre elles ; leur fonctionnement synergique embrasse l'ensemble des actes et des phénomènes que nous attribuons à l'*âme*, et qui sont du ressort de la vie intérieure et de la vie de relation.

« Voilà ce que nous enseigne la *doctrine des localisations cérébrales*, entrevue par quelques esprits éminents dès la

première moitié de ce siècle, mais dont l'avènement définitif date d'une vingtaine d'années à peine, doctrine qui a révolutionné et qui domine actuellement la psychologie. Eh bien ! Messieurs, Charcot a pris une part prépondérante à l'édification de cette doctrine. Au service de Bouillaud, de Dax, de Broca, la clinique, c'est-à-dire la simple observation des malades, avait planté le premier jalon de la voie nouvelle, en démontrant qu'il existe dans l'hémisphère gauche, un centre spécial du langage articulé. Lorsque plus tard les expériences de Fritsch et Hitzig, sur un singe, nous eurent révélé que le cerveau est excitable par les courants électriques dans une certaine étendue de surface, et que l'électrisation de cette zone excitable provoque des contractions musculaires, suivant un ordre déterminé, Charcot reprit la méthode qui avait guidé les tâtonnements de Bouillaud, de Dax, de Broca. Il fit mieux, il érigea en système l'application de cette *méthode*, appelée *anatomo-clinique* parce qu'elle consiste essentiellement à rechercher si, à des troubles dénotant la suppression d'une certaine fonction, ne correspond pas la destruction d'un certain territoire du cerveau ou des autres portions des centres nerveux. Dans la lutte qu'il eut à soutenir à ce sujet, contre des physiologistes et des médecins, il fit preuve à la fois d'une indomptable ténacité et d'une intuition géniale ; c'est ainsi qu'il sauva des attaques combinées des uns et des autres, la doctrine naissante des localisations cérébrales.

. . . . . .

« A force de contrôler les premières notions issues de l'application de la méthode anatomo-clinique, à force de rechercher si, à une catégorie déterminée de troubles nerveux correspond bien la lésion de tel ou tel système de la moelle ou de l'encéphale, on toucha à cette révélation curieuse : les diverses variétés de troubles nerveux, qu'ils se montrent isolément ou en tant que manifestations partielles d'une *maladie* nerveuse, peuvent exister indépendamment de toute lésion appréciable du cerveau, de la moelle et des nerfs. Voilà une révélation dont, je vous le répète, la portée est incalculable. Sans doute, nous savions déjà qu'il existe des affections du système nerveux, sans lésions apparentes ou connues, des *névroses* ; mais nous ignorions que tous les symptômes et toutes les maladies, dont nous localisons le siège dans le système nerveux, peuvent se présenter à l'état de névroses. C'est encore à Charcot et à son école que nous sommes redevables de cette notion. C'est à lui surtout que nous devons de savoir que la grande névrose, la névrose par excellence, l'*hystérie*, pour l'appeler par son nom, peut se présenter sous les dehors des manifestations et des maladies les plus diverses. En outre, plus que tout autre, Charcot a contribué à nous faire connaître les signes latents, plus ou moins fixes, *les stigmates de l'hystérie*, dont la constatation nous permet de démasquer celle-ci, alors qu'elle se cache sous les dehors les plus déconcertants.

« Qu'est-il arrivé depuis, Messieurs ?

« D'abord, il nous a été donné d'apprécier à son véritable taux l'extrême fréquence de l'hystérie. Nous avons été arrachés à l'erreur qui consistait à croire que, presque seules, les femmes sont victimes de la grande névrose ; nous savons aujourd'hui que les deux sexes lui paient un tribut sensiblement égal.

« En second lieu, la recherche des stigmates nous a fourni le moyen de dévoiler l'hystérie, là où elle simule les symptômes et les maladies que nous nous étions habitués à mettre sur le compte de lésions incurables des centres nerveux. Voilà qui est intéressant pour les médecins et les malades, car nous sommes à même de guérir les manifestations de l'hystérie, lorsque nous les traitons à temps et par les moyens qui conviennent. Grâce aux découvertes et aux enseignements de Charcot, nous avons appris à guérir des paralysies, des tremblements, des convulsions, des douleurs, des désordres du langage, des perversions de l'intelligence et du caractère, et bien d'autres manifestations morbides, qu'il n'y a pas très longtemps nous eussions jugées réfractaires à la thérapeutique, et, dans beaucoup de cas, ces guérisons revêtent les apparences d'un miracle !

« Enfin, une connaissance plus exacte de la manière dont se développe l'hystérie nous a mis à même d'attaquer ce fléau — car c'en est un — à sa racine : l'hystérie est le plus souvent un fruit de l'hérédité ; n'empêche que chez ceux qui naissent avec la prédisposition à l'hystérie, les manifestations de la névrose éclatent habituellement à l'instigation de certaines causes occasionnelles. Les plus communs, parmi ces *agents provocateurs de l'hystérie*, sont : la frayeur, les émotions violentes, les accidents, toutes sortes d'empoisonnement et, en première ligne, l'alcoolisme.

« Pour déraciner le mal, il faut donc combattre la prédisposition chez les enfants et les adolescents entachés de cette tare et, dans ce but, les soumettre à une hygiène physique, intellectuelle et morale, susceptible de ramener et de maintenir le fonctionnement du système nerveux dans les voies normales. Il faut aussi soustraire aux causes occasionnelles, aux agents provocateurs, les hystériques ou ceux qui sont menacés de le devenir. Bref, le traitement causal de l'hystérie est devenu une question d'hygiène individuelle et sociale, dont on ne saurait trop faire ressortir la portée.

« En dehors du traitement causal, qu'il n'est pas toujours facile, ni même possible d'instituer, il y a le traitement symptomatique, le traitement des manifestations de l'hystérie telles que les paralysies, les convulsions, les contractures, les perversions du sentiment, de l'intelligence, du caractère, les troubles des viscères, etc. Ce sont ces manifestations, plus ou moins persistantes, souvent très tenaces, pour lesquelles les malades et surtout leur entourage réclament une guérison rapide ; nous la leur procurons souvent immédiate, grâce à ce que nous avons appris à connaître le mécanisme des manifestations hystériques, et c'est encore à Charcot que nous en sommes redevables pour la majeure partie. Je m'en voudrais de ne pas entrer dans quelques explications sur ce sujet.

« A l'état de veille, notre activité cérébrale s'exerce de deux façons distinctes :

« Tantôt, nous avons la pleine conscience de ce qui se passe en nous et autour de nous, et la volonté, éclairée par la conscience, règle nos actes dans les limites du pouvoir qu'elle exerce sur les organes du mouvement.

« Tantôt, nous n'avons qu'une vague perception des impressions du dehors et de ce qui se passe en nous, et nos actes sont régis par des habitudes acquises, bien plus que par la volonté. Notre machine animale s'est habituée à réagir à certaines impressions par certains mouvements, par certains actes ; à un moment donné, la réaction, si compliquée qu'elle soit, va se produire *d'une façon automatique*, sans que nous ayons la conscience bien nette de l'impression qui la provoque, sans que notre volonté in-

tervienne autrement que pour donner l'impulsion première à des muscles habitués à se contracter d'une certaine façon. Ce second mode de fonctionnement des centres nerveux est le propre de l'*automatisme cérébral* ; lui seul subsiste, pendant le sommeil naturel ou provoqué.

« Or, que se passe-t-il dans l'hystérie ? Qui n'a entendu prononcer cette phrase, devenue banale : L'hystérique est un être éminemment suggestible. Qu'est-ce à dire, Messieurs ?

« L'hystérique est suggestible, cela veut dire qu'il se laisse imposer des sensations qu'il s'imagine percevoir et qu'il n'a pas perçues réellement, des actes qu'il semble vouloir et qu'il exécute à l'instigation d'une volonté étrangère. Son activité psychique est dominée par l'automatisme cérébral ; il suffira, pour le mettre en mouvement, d'une violente impression du dehors, ou d'un simple regard, ou d'un son articulé, d'une sensation intérieure, d'un souvenir, lorsque la névrose est parvenue à son plein épanouissement. Laissez-moi vous citer un exemple concret de ce qui peut se passer dans ces conditions :

« Un coup violent, porté sur un membre, peut en déterminer la papalysie.

« Obsédé par cette idée, un hystérique qui vient de faire une chute sur l'épaule et qui a eu, comme l'on dit, plus de frayeur que de mal, se suggère que la partie contuse de son corps est paralysée, et il se comporte comme un paralytique. Il lui est impossible de concevoir, de lui-même, que cette paralysie est de pure imagination, quelque chose comme le produit d'une perversion de la conscience et de la volonté. Il est incapable de faire mouvoir, sous l'impulsion de sa seule volonté, le membre qu'il se figure paralysé. Mais qu'une personne qu'il croit apte à le guérir, qu'un médecin lui suggère qu'il n'est plus paralysé, qu'il peut de nouveau faire mouvoir son épaule, et presque toujours cette paralysie, quand elle est assez récente, se dissipera instantanément. Voilà bien une de ces guérisons dont je disais, il y a un instant, qu'elles revêtent les apparences du miracle. Elles ne sont pourtant pas autre chose que la mise en mouvement de l'automatisme cérébral, chez un être humain inférioriſé, dont la volonté et la conscience se laissent dominer par les impressions du milieu ambiant et, à plus forte raison, par une volonté qui s'exerce du dehors.

« Remarquez bien qu'à l'état de veille cette volonté étrangère, qui intervient dans un but de guérison, peut être contrariée par ce qui reste encore de volonté et de conscience propres au pouvoir du cerveau de l'hystérique. Il faut, en ce cas, supprimer ce reste de pouvoir et de conscience propres, pour ne laisser substituer que l'automatisme cérébral : il faut *endormir le sujet*, avant de le soumettre à la suggestion curative. Tout à l'heure, la suggestion s'exerçait à l'état de veille ; maintenant, elle va s'exercer pendant le sommeil provoqué, ce sera la suggestion hypnotique.

« Messieurs, il y a longtemps que, dans le but de guérir, on endormait les malades ; il y a longtemps qu'on avait recours à la fascination par le regard, ou à d'autres pratiques analogues, avant que Charcot fît servir la suggestion au traitement des manifestations de l'hystérie. Mais jusque-là, cela se passait à peu près exclusivement dans un domaine que les empiétements de la mystification et du charlatanisme avaient rendu inaccessible à la science. A de rares exceptions près, ceux qui prétendaient guérir en endormant leurs malades par la fascination, par les passes dites magnétiques, agissaient en imposteurs, dans un but d'exploitation. Quant aux dilettantes du magnétisme animal, qui avaient la prétention ou l'espoir de soulever le voile du surnaturel, ils cultivaient la supercherie, quand ils n'en étaient pas des victimes. Faut-il s'étonner dès lors qu'aux yeux des représentants de la science officielle s'intéresser à ce qui touchait, de près ou de loin, à ces sortes de choses, c'était courir au devant d'un discrédit certain ?

« J'ai déjà eu l'occasion de dire que Charcot fit preuve d'une sorte de courage civique, lorsqu'il prit la résolution d'englober l'*hypnotisme* dans le cercle de ses recherches. Je crois avoir montré, dans une précédente occasion, comment il y fut conduit : on ne réussit pas à hypnotiser la première personne venue ; il y a longtemps que cette remarque avait été faite par des expérimentateurs sincères, d'aucuns avaient même reconnu que *seuls les hystériques sont hypnotisables*. On avait aussi, depuis assez longtemps, que les phénomènes et les états qu'on voit se développer chez les sujets soumis aux pratiques de l'hypnotisme éclatent spontanément chez certaines catégories d'hystériques. Charcot fut donc amené à s'occuper de l'hypnotisme, en raisons des affinités étroites que cet état entretient avec l'hystérie. L'hypnotisme lui apparut comme une névrose expérimentale, étant donné que les états nerveux provoqués au moyen des pratiques de l'hypnotisme se développent spontanément chez des hystériques.

« Quel fut le but que se proposa Charcot, quand il dirigea ses études dans cette nouvelle voie ? Il se proposa de dégager la réalité objective de ce qui, dans les manifestations de l'hypnotisme, revêt les apparences du surnaturel, et d'en fournir une explication qui ne répugnât pas à la raison. Voilà le programme que s'imposa Charcot. Il ne s'en est pas écarté un seul instant. N'empêchent que les résultats qu'il a recueillis dans cette voie de recherches, si aventureuses, ont dépassé tout ce que l'on pouvait attendre de prime abord. Laissez-moi vous les résumer en quelques phrases.

« Ainsi que je vous le disais à l'instant, Charcot nous a révélé que les simples agents physiques : la lumière, le son, l'application d'un métal, peuvent provoquer les phénomènes de l'hypnotisme. Du même coup, le fascinateur, le magnétiseur, l'hypnotiseur se trouvaient réduits à un rôle tout à fait secondaire et dépouillés de leur pouvoir occulte.

« Charcot nous a initiés aux caractères objectifs fondamentaux des trois états — *léthargie, catalepsie, somnambulisme provoqué* — qui résument toute la symptomatologie de l'hypnotisme. Il nous a fait connaître des signes qui échappent à la connaissance et à la volonté des personnes hypnotisées ; leur recherche nous fournit le moyen de nous mettre en garde contre la simulation et la supercherie.

« Enfin il nous a montré que, si l'intervention de l'hypnotiseur n'a rien de mystérieux, puisqu'elle ne fait ni plus ni moins que des agents physiques, les phénomènes de l'hypnotisme ne tiennent pas non plus du surnaturel : ce sont essentiellement des produits de l'automatisme cérébral, au même titre que les autres manifestations de l'hystérie : au cours de son activité, le cerveau emmagasine, à l'état de souvenirs, tout ce qui se passe en nous et autour de nous, en particulier les représentations des mouvements que nous exécutons avec les apparences de la spontanéité,

ou que nous nous habituons à exécuter sous l'influence de certaines impulsions. Une grande partie des phénomènes qui ressortissent à l'hypnotisme ne sont pas autre chose que le réveil et la mise en mouvement de ces souvenirs, chez un être dont la volonté propre se trouve asservie par une volonté étrangère qui domine et dirige son automatisme cérébral.

« Nous retrouvons ainsi, pour rendre compte des phénomènes de l'hypnotisme, la pathogénie invoquée pour rendre compte des autres manifestations de l'hystérie. Là, comme ici, nous avons affaire à des désordres psychiques, qui relèvent d'un trouble de la personnalité, d'une *obnubilation du moi*.

« Voilà comment, à travers les chemins frayés par un investigateur génial, la science a pris possession d'un domaine où, depuis si longtemps, des mystificateurs, des charlatans, des convulsionnaires et des simples d'esprit se complaisaient en des exploits qui défiaient la morale et la raison. Sans doute, l'exploitation des pratiques de l'hypnotisme donne encore lieu à des abus fréquents. On ne saurait en rendre responsable celui qui, en définissant l'hypnotisme une *névrose expérimentale*, a suffisamment laissé entrevoir les dangers auxquels expose l'emploi irrationnel de ces pratiques. Quant à lui, il s'appliqua surtout à rechercher dans quelles circonstances on peut légitimement recourir à ces pratiques pour obtenir la guérison de certaines manifestations graves de l'hystérie. Jamais, du reste, il ne perdit de vue que l'art de guérir est et doit être le but final des diverses branches de la médecine. »

M. le professeur Cornil, qui a succédé à Charcot à la Société anatomique comme président et dans la chaire d'anatomie pathologique à la Faculté, a fait en quelques pages et à ce point de vue spécial, un très bel éloge de son prédécesseur.

La série des discours a été close par le président de cette fête, M. le ministre de l'Instruction publique. Après les médecins lisant leur discours dont les termes étaient soigneusement pesés, M. Georges Leygues s'est livré à une improvisation très chaleureuse. Le torrent impétueux de son éloquence a bien laissé se heurter quelques termes bizarres : « Quand on regarde cette grande et belle image qu'un maître sculpteur a *modelée dans le bronze*... » puis « Charcot *aborda d'un cœur sans défaillance* et d'un pied ferme cette région incertaine et troublante... » N'empêche que le discours ministériel, bref et de belle allure, fut vivement applaudi. Le ministre fut applaudi bien plus vigoureusement encore lorsque, pour terminer dignement cette cérémonie, il attacha la croix de la Légion d'honneur sur la poitrine de l'un des élèves les plus modestes, les plus méritants du maître, M. Gombault, médecin de l'hospice d'Ivry.

A. Ch.

Banquet de la Société médicale des Bureaux de bienfaisance de Paris

La Société médicale des Bureaux de bienfaisance de Paris donnait son banquet annuel le samedi 3 décembre dernier dans les salons du restaurant Marguery.

Les convives, parmi lesquels nous citerons M. A. J. Martin, inspecteur général du service d'assainissement et de la salubrité de l'habitation, M. Gibert, représentant de l'assistance médicale à domicile au Conseil de surveillance de l'assistance publique, etc., étaient très nombreux. Les confrères nommés au dernier concours qui avaient été, selon la coutume si louable et déjà ancienne, gracieusement invités, étaient venus pour la plupart nous apporter le précieux appoint de leur jeunesse, de leur gaieté et aussi de leur communauté d'idées et de principes avec la Société.

Au dessert, M. Louis Gourichon, président de la Société, s'est tout d'abord exprimé en ces termes :

« Messieurs, chers collègues,

La Société médicale des Bureaux de bienfaisance, en m'appelant à présider ses travaux cette année, m'a imposé en même temps le devoir de prendre la parole à ce banquet.

M. le Directeur de l'Assistance publique devait être des nôtres ce soir. Une indisposition l'empêche de venir s'asseoir à notre table. M. Baudouin des Salles, qui le représente, voudra bien lui transmettre l'expression de nos plus vifs regrets, et l'assurance de notre cordiale sympathie.

Nous sommes heureux de voir à la tête de cette grande administration de l'Assistance, un de nos meilleurs et plus distingués confrères, fils de ses œuvres, que ses travaux antérieurs et sa compétence spéciale désignaient naturellement pour les hautes fonctions de Directeur. Nous sommes certains que, grâce à son jugement sûr, à son esprit droit et loyal, à sa connaissance approfondie des hommes et des choses, M. le Dr Henri Napias introduira dans l'Assistance publique de Paris les réformes nécessaires.

Aussi, dans la lourde tâche qu'il a entreprise, tous nos vœux l'accompagnent. Dans la modeste sphère où nous agissons, nous lui apporterons le concours le plus empressé et le plus dévoué. Peut-il en être autrement, quand nous poursuivons d'un commun accord l'amélioration du service médical à domicile, pour le plus grand bien de la population indigente et nécessiteuse de la Ville de Paris?

L'Assistance à domicile a pris une extension considérable dans les quinze dernières années. Le nombre des inscrits a augmenté de plus d'un tiers. Cependant le nombre des médecins est resté le même, ainsi que notre indemnité.

Si l'on voulait faire un parallèle entre l'assistance hospitalière et l'assistance à domicile, au point de vue du service médical, la comparaison ne serait certes pas à notre avantage. Tandis que nos confrères des hôpitaux sont largement pourvus de tout ce qui leur est nécessaire pour assurer le traitement des malades (alimentation, médicaments, etc.), nous n'avons à notre disposition que des moyens tout à fait restreints,

Je sais bien que des améliorations notables ont été apportées par la création de pharmacies municipales et de dispensaires. Mais dans les dispensaires notre personnel est insuffisant. Peut-être serait-il possible d'alléger notre tâche, en nous adjoignant des étudiants en médecins, qui y trouveraient de sérieux éléments d'instruction, et je dirai même d'éducation médicale.

Les médecins du service à domicile ont aussi un surcroît de besogne considérable dans les arrondissements périphériques, et il serait équitable, suivant les cas, de relever leur indemnité ou d'augmenter leur nombre. Il suffirait de prélever des crédits sur les économies réalisées par le service de pharmacies municipales.

Excusez-moi, mes chers collègues, d'avoir retenu votre attention sur ce sujet, qui m'a paru digne d'être signalé.

Messieurs, notre Société a la louable habitude de convier à son banquet annuel nos nouveaux collègues nommés au

dernier concours. Je leur adresse, en son nom, nos plus vives félicitations, et leur souhaite cordialement la bienvenue.

Après de brillantes épreuves, vous voilà devenus médecins des bureaux de bienfaisance. Vous allez voir, en pénétrant dans le milieu social le plus pauvre, et partant le plus intéressant, le triste spectacle de la misère humaine. Votre rôle ne consiste pas seulement à poser un diagnostic et à formuler un traitement, car tout médecin est doublé d'un homme de cœur. A côté du malade, il y a l'individu désemparé par la maladie et le besoin, avec une famille autour de lui, souvent sans feu et quelquefois sans pain.

Adressez-lui quelques bonnes paroles qui ranimeront son courage et réconforteront son esprit. Faites-lui donner par la mairie les secours pécuniaires nécessaires pour parachever votre œuvre.

Chers confrères, j'ajouterai un mot : soyez indulgents. L'indigent aigri par le mal et l'infortune fera parfois entendre des récriminations contre vous : dédaignez-les, et continuez votre mission bienfaisante.

Après une longue vie toute de labeur et de dévouement, vous serez atteints par la limite d'âge, sans l'espoir d'une modeste retraite, bien justifiée pourtant par les services rendus. Vous n'aurez pour toute récompense que la conscience d'avoir fait le bien pour le bien, et la satisfaction du devoir accompli.

Messieurs, avant de venir ici, vous ne connaissiez pas sans doute notre Société. Elle n'est plus jeune, puisqu'elle compte quarante-huit printemps. Elle n'a pas seulement pour but d'améliorer le service des indigents, mais encore de maintenir l'union et l'honneur professionnel de ses membres.

Elle fait sans bruit beaucoup de besogne. Presque toutes les réformes accomplies dans le domaine de l'assistance à domicile, l'ont été sur son initiative. Nous avons lutté longtemps pour les obtenir sans connaître jamais l'impatience ni le découragement.

Depuis quarante-huit ans, nous réclamions un représentant au Conseil de surveillance, il n'y a que deux ans que nous avons obtenu gain de cause.

Dois-je vous rappeler que la question de la tuberculose a été posée et résolue par notre Société, bien avant qu'elle ne fût mise à l'ordre du jour des sociétés savantes ?

Les travaux de nos amis Séailles, Bimsenstein, Dufournier en font foi, et leurs conclusions ont été adoptées intégralement par la grande commission que vous savez. Tout récemment, à la tribune de l'Académie de médecine dont il est secrétaire perpétuel, notre collègue, M. Bergeron, se plaisait à le reconnaître en des termes tout à fait élogieux et flatteurs.

Je vous parlais tout à l'heure de l'union qui existait entre nous : c'est elle qui a fait notre force, c'est elle qui a assuré le succès. A l'époque où nous vivons aujourd'hui, où le médecin est si souvent pris à partie, où il n'y a plus que des collectivités, l'individu est perdu s'il demeure isolé. Joignez vos efforts aux nôtres, mes chers confrères, et apportez-nous votre ardeur et votre jeunesse : ainsi notre Société ne connaîtra jamais la vieillesse. Vous travaillerez avec nous, et vous nous aiderez à maintenir honoré et respecté le titre de médecin du bureau de bienfaisance.

Messieurs, je ne veux pas m'asseoir sans adresser un cordial souvenir à ceux de nos collègues que l'âge ou la maladie retient loin de nous : à M. Le Coin, notre secrétaire général honoraire, à MM. Commenge, Perrin, Passant, Machelard.

Je tiens également à saluer notre distingué collègue M. A. J. Martin, inspecteur général de l'assainissement et de l'hygiène de l'habitation qui, en maintes circonstances, nous a prêté son appui et son concours le plus éclairé.

Vous ne me pardonneriez pas, Messieurs, si je ne félicitais notre excellent collègue, M. Gibert, notre premier représentant au Conseil de Surveillance, qui remplit ses délicates fonctions avec tant de dévouement et tant de dignité. L'autorité qu'il a su acquérir est la meilleure preuve du choix que nous avons fait.

Mes chers collègues, je lève mon verre en l'honneur de nos hôtes et je bois :

A M. le Directeur de l'Assistance publique. Aux nouveaux médecins du bureau de Bienfaisance!

A la prospérité de la Société. »

M. Manheimer, reçu au dernier concours, s'est fait très applaudir par cette chaude allocution :

« A vos aimables paroles, M. le Président, permettez-moi de répondre quelques mots, en tant que « jeune » et au nom des « jeunes ». Tous, nous ne saurions trop vivement vous remercier, vous, Monsieur, et tous vos collègues de la Société qui avez bien voulu nous convier à ce charmant banquet, — et si cordial ! C'est une occasion pour nous, nouveaux venus, de l'affirmer : ce dévouement, cette pitié incessante aux souffrances humaines qui vous animent, doivent être, pour ceux qui suivent, une tradition. C'est à nous de la conserver. Nous n'y faillirons pas. Et nous suivrons, Messieurs, tels que vous les avez toujours donnés, tels que vous les donnez encore, vos exemples de travail, de confraternelle solidarité et de consciencieux attachement au devoir professionnel. Je bois à la Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris. »

M. le Dr Rotillon, ancien Président de la Société, a demandé la parole pour porter un toast à M. Baudoüin des Salles :

« Mes chers collègues,

Je vous propose de porter un toast à M. Baudoüin des Salles.

C'est une spécialité que j'ai, dit-on, tous les ans : c'est même la seule spécialité que j'ai comme médecin.

Les applaudissements avec lesquels vous venez d'accueillir ma proposition prouvent que je traduis bien votre pensée et que M. Baudoüin des Salles est toujours le galant homme que nous connaissons, le fonctionnaire aimable que nous apprécions (et l'on ne trouve pas toujours des fonctionnaires aimables) enfin, le collègue sympathique que nous estimons tous ; car, je le dis pour les nouveaux confrères, M. Baudoüin est notre collègue comme membre de notre Société.

Je lui adresse aussi nos plus chaleureuses félicitations, car depuis notre dernier banquet, il a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Mes chers collègues,

Notre Société a, comme bien d'autres, ses desiderata ; au nombre de ceux-là, nous revendiquons la présidence du jury du concours, que nos jeunes collègues viennent de passer brillamment et nous demandons que cette présidence soit dévolue à l'un des nôtres, absolument comme pour le concours des hôpitaux, s'il m'est permis de comparer les petits aux grands.

Et bien, si quelqu'un était capable de nous faire oublier ce desideratum, si quelqu'un était capable d'adoucir nos regrets, c'était bien M. Baudoin des Salles, qui préside avec le tact que vous lui connaissez. Aussi, tout en désirant qu'il préside longtemps, je souhaite qu'il soit le premier et le dernier président administratif.

Je vous convie donc, nouveaux et anciens collègues, à vous joindre à moi pour porter un toast chaleureux à M. Baudoüin des Salles.»

M. Baudoüin des Salles a répondu :

« Monsieur le Dr Rotillon, je suis très ému des témoignages de chaleureuse sympathie que vous m'adressez, et, si j'ai pu apporter une très modeste collaboration aux améliorations que vous venez de signaler, vous m'en avez déjà récompensé en me faisant l'honneur de m'admettre comme membre de la Société.

Lorsque le moment sera venu de prendre ma retraite, ce n'est pas sans un profond regret que je me séparerai de vous. Vos paroles élogieuses me prouvent que vous partagerez mes regrets et je ne saurais trop vous dire combien je vous suis reconnaissant de ces nouveaux témoignages de sympathie. »

La parole est alors donnée à M. Billon, secrétaire général : « J'ai, Messieurs, à vous présenter les excuses de MM. Navarre, président du Conseil municipal, Lucipia, président de la 5me commission du Conseil (assistance), Faillet, rapporteur du budget de l'Assistance publique, que la Société avait décidé d'inviter à notre banquet et qui nous ont écrit tous les trois qu'ils regrettaient très vivement que des engagements antérieurs les empêchent de venir ce soir au milieu de nous.

Puis des membres de la Société :

M. Machelard, notre vénéré doyen à qui le grand âge et les infirmités ne permettent pas les sorties du soir et qui évoque dans sa lettre le souvenir du banquet de 1893 qui a eu pour lui des conséquences si importantes, et qui me prie de vous faire part de son affectueuse sympath'e pour la Société.

M. Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, qui a su si justement apprécier les travaux de la Société dans une des dernières séances de la savante assemblée; de notre ancien président de Pradel, qu'un deuil cruel a frappé récemment d'une manière si terrible et si imprévue; de MM. Bertillion, Dorison, Huard, Laffitte, Malbec, Yvon, Tournier et enfin de notre secrétaire général honoraire Le Coin qui est bien revenu à la santé après une si longue maladie, mais à qui ses médecins interdisent, à son très grand regret, toute solennité gastronomique.

Nous regrettons vivement aussi l'absence d'un de nos jeunes collègues invités, M. Collet, qui a été fort souffrant et qui est retenu en Suisse pour sa santé et ne pense pas être de retour avant un mois ou deux.

J'arrive maintenant à la partie la plus agréable de ma tâche :

Notre président, Louis Gourichon, sera bientôt au terme de son mandat. Je lui remets en votre nom cette médaille frappée au coin de la Société, qui lui donnera l'occasion de se souvenir, nous l'espérons, de cette année 1898 où il a dirigé nos travaux avec cette conscience, cette rigidité que vous lui connaissez et que vous avez su apprécier, et en même temps cette courtoisie qui ne l'abandonne jamais et à laquelle je veux être le premier à rendre un hommage complet.

Votre secrétaire général qui a pu l'approcher de plus près pendant cette année sait combien ces trois qualités maîtresses de notre président lui ont été utiles pour le plus grand bien de la Société, qui lui en est profondément reconnaissante, en faisant ressortir la valeur des soins que nous rendons à la population indigente de la Ville de Paris.»

La réunion s'est terminée assez tard dans la soirée, après que tous les jeunes collègues présents au banquet eurent manifesté le désir de faire partie de la Société qui s'occupe avec tant de zèle et de persévérance des améliorations à apporter à ce service de plus en plus apprécié de l'assistance médicale à domicile.

Dr P. Billon.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Sont nommés chevaliers : M. le Dr Gombault, médecin de l'hospice d'Ivry, M. le Dr Vendrand, médecin de la maison de Villers-Cotterets.

Décorations universitaires. — Sont nommés officiers d'académie les Drs Martin et Sébillotte, de Paris.

Distinctions honorifiques. — Le Dr Trouillet a reçu la médaille des épidémies.

La peste à Madagascar. — On a signalé la semaine dernière à Madagascar un certain nombre de cas de peste affectant exclusivement des indigènes. D'après les dernières nouvelles cette épidémie est en pleine décroissance à Tamatave où elle avait éclaté.

Grâce aux mesures énergiques prises sur l'ordre du général Galliéni, la situation s'améliore, la population européenne et la troupe sont toujours indemnes. En revanche, dans les villages voisins, où les mesures de précautions ne sont pas strictement observées par les indigènes, plusieurs cas suivis de mort se sont produits.

M. Guillain, ministre des Colonies, a donné des ordres pour que dix médecins et un certain nombre d'infirmiers prennent passage sur le paquebot des messageries maritimes qui partira samedi prochain de Marseille pour Majunga.

Le service est placé sous la direction de M. Thiroux, médecin de la marine, attaché depuis deux ans à l'institut Pasteur ; il emporte avec lui de grandes provisions de sérum et des appareils de désinfection récemment acquis par le ministère des colonies.

Une dépêche de Tananarive dit que le général Galliéni a pris des mesures très sévères pour le complet isolement de toute la zone contaminée par le fléau.

Comment Tamatave a-t-il pu être touché par l'épidémie de peste bubonique qui, après avoir sévi en Chine, décime depuis septembre 1896 la population hindoue de Bombay ? On n'est pas encore officiellement fixé, mais il est probable, dit le *Matin*, que le terrible fléau a été importé par l'un des nombreux boutres (petits navires à voiles) qui font le cabotage entre l'Hindoustan, la péninsule arabique, la côte occidentale d'Afrique, Zanzibar, Socotora et Madagascar, appartenant aux « banians » (commerçants) de Socotora, Zanzibar ou des Comores. Ces boutres sont montés par des équipages arabes ou parsis. Sans nationalité fixe, naviguant tantôt sous pavillon turc, zanzibarite ou même anglais, ils

constituent l'élément cosmopolite de la mer des Indes ; ce sont pour la plupart d'anciens négriers. Depuis longtemps on le surveille d'assez près, car on a acquis la certitude qu'ils fomentaient les insurrections des Sakalaves. On étudie précisément en ce moment les moyens d'organiser à Madagascar un service de cabotage par navires battant pavillon français et montés par des équipages français, afin de supprimer cette navigation à beaucoup de points de vue suspecte.

Les étudiants à la Faculté de médecine. — A la Faculté de Paris, le nombre des étudiants inscrits est de 4.495. La Faculté compte 351 étudiants étrangers, dont 16 Suisses, 15 Allemands, 15 Grecs, 60 Roumains, 67 Ottomans, 66 Russes et 87 étudiantes étrangères, dont 83 Russes.

Les 4.495 étudiants se répartissent comme suit quant aux études : doctorat (ancien régime), 3.261 ; doctorat (nouveau régime), 877 ; officiat, 146 ; sages-femmes, 94 ; chirurgiens dentistes, 117.

Le nombre des examens subis a été de 9.429, la faculté n'a prononcé que 1.660 ajournements.

Infirmerie de Saint-Lazare (107, faubourg Saint-Denis). — *Cours complets élémentaires et pratiques de vénéréologie et gynécolog'e*, année 1899. — Ces cours sont faits deux fois par an par les médecins et chirurgiens de l'infirmerie spéciale de Saint-Lazare.

La première série commencera le *Jeudi 12 janvier* à dix heures et demie du matin et se continuera les samedi, mardi et jeudi suivants à la même heure.

Ce cours sera fait :

Le mardi, par M. L. Wickham, *vénéréologie* ;

Le jeudi, par M Le Pileur, *syphiligraphie* ;

Le samedi, par M. Ozenne, *gynécologie*.

Et sera complet en dix-huit leçons.

Seront admis à suivre ces cours les docteurs en médecine et les étudiants en médecine pourvus de 16 inscriptions qui se seront fait inscrire chez M. le Directeur de la maison de Saint-Lazare. Une carte d'entrée leur sera remise.

Condamnation à mort d'un médecin pour avortement. — La Cour centrale criminelle de Londres a condamné dernièrement à mort un médecin de 63 ans, le Dr Whitmarch, accusé d'avoir causé la mort d'une femme de mœurs légères, nommée Alice Bayly. Il paraît que cette dernière se serait adressée au praticien, afin de se faire avorter. Elle ne parla pas de sa situation au médecin, mais celui-ci la devina, grâce aux détails qu'elle lui fournit. Certains correspondants affirment que le Dr Whitmarch ne possède pas le diplôme de médecin, mais qu'il n'est muni que de deux certificats, délivrés par les autorités de deux hôpitaux, dans lesquels il fut étudiant interne. Il paraîtrait, d'autre part, que l'accusé est très versé dans l'obstétrique et très habile accoucheur.

La fille Bayly mourut à l'hôpital de Charing-Cross, le 10 juillet dernier ; elle soutint, étant à l'agonie, que sa mort serait la conséquence d'une opération faite sur elle par le docteur, opération pour laquelle *elle dit* lui avoir payé la somme de quatre livres, soit 100 francs. Cette affirmation est contredite par le docteur, qui prétend n'avoir reçu que 10 shellings six pence, soit 13 francs. La mère de la fille Bayly, ainsi que sa sœur, corroborent les affirmations de la défunte. Le docteur qui avança avoir traité avec succès 1500 à 2000 cas d'accouchements et autres, fut condamné à la peine capitale (pendaison) parce que l'expertise médicale prouva qu'Alice Bayly avait succombé aux suites de l'opération pratiquée par l'accusé.

Le juge, en prononçant le verdict, appuya sur la nécessité d'appliquer la peine capitale, afin d'empêcher d'autres médecins de se lancer dans cette voie, et afin de faire un exemple.

En résumé, le vieux praticien Whitmarch a été condamné à la peine capitale sur les affirmations d'une femme de mœurs légères.

Le tatouage aux îles Marquises. — Le gouverneur des établissements français de l'Océanie a pris un arrêté pour interdire formellement le tatouage dans tout l'archipel des Marquises, au nom de la santé et de la moralité publique gravement compromises par cette pratique.

Désormais, ceux qui se feront tatouer et ceux qui tatoueront seront punis d'une amende de 25 à 1.000 francs et d'un emprisonnement qui ne pourra excéder une durée de quinze jours.

Chacune de ces deux peines pourra être prononcée séparément.

En cas de récidive, le maximum de la peine sera toujours appliqué.

Nécrologie. — Le Dr Mouché, de Saramon (Gers), reçu en 1866. — Le Dr Cazenave de la Roche, vice-consul du Pérou à Menton, reçu en 1851. — Le Dr Delassus, médecin-major en retraite, ancien maire de Merville (Nord). — Le Dr Haan (du Havre), ancien vétérinaire militaire, mort de la fièvre typhoïde. — Le Dr Turel, de Grenoble, professeur à l'école de médecine, chirurgien honoraire de l'hôpital, ancien président de la Société de médecine et de pharmacie, président de l'Association des médecins de l'Isère. — Le Dr Roux, de Bordeaux, décédé à l'âge de 45 ans. — M. Trogneux, médecin à Fontaine-le-Dun (Seine-Inférieure), reçu en 1858.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La pratique des maladies des enfants dans les hôpitaux de Paris, aide-mémoire et formulaire de thérapeutique appliquée, par le professeur Paul Lefert. 2e *édition entièrement refondue*, 1 vol. in-16 de 312 pages, cart. 3 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Les Myélites Syphilitiques, formes cliniques et traitement, par le Dr Gilles de la Tourette, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital St-Antoine. 1 vol. in-16 carré de 92 pages cartonné (*Actualités Médicales*), 1 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

CHOUSSY **LA BOURBOULE** PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

PASTILLES bi-borate de soude VIGIER, à 0 gr.10 centigr. 5 à 10 pastilles par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*